Article published online: 2025-03-04

Carta ao editor sobre o artigo: O tamanho da glenosfera não importa na artroplastia total reversa de ombro. Rev Bras Ortop. 2024;59(2):254–259

Letter to the Editor regarding the Article: Glenosphere Size Does Not Matter in Reverse Total Shoulder Arthroplasty. Rev Bras Ortop. 2024;59(2):254–259

João Artur Bonadiman[1,2]

[1] Instituto de Ortopedia e Traumatologia, Hospital São Vicente de Paulo, Passo Fundo, RS, Brasil.
[2] Instituto Brasil de Tecnologias da Saúde, Rio de Janeiro, RJ, Brasil.

Endereço para correspondência João Artur Bonadiman, MD, Instituto de Ortopedia e Traumatologia, Rua Uruguai, 2050, Passo Fundo, RS, 99010-112, Brasil (e-mail: joaoartur10@gmail.com).

Rev Bras Ortop 2025;60(1):s00441800943.

Com grande interesse, li o artigo "O tamanho da glenosfera não importa na artroplastia total reversa de ombro" publicado por Patel et al.[1] Estudos com foco nos resultados clínicos da artroplastia total reversa do ombro (ATR) são sempre importantes devido ao crescimento linear e a "popularização" deste procedimento. Dada a conclusão do estudo publicado (que foi a base para seu título), é necessário escrutinar os detalhes da metodologia aplicada devido ao impacto e à importância de suas repercussões. Alguns detalhes podem nos ajudar a entender os resultados obtidos em tal pesquisa, em especial aqueles referentes à técnica cirúrgica, reabilitação e cronologia da metodologia aplicada.

Técnica Cirúrgica e Reabilitação

Considerando a ampla gama de configurações disponíveis para a ATR (como *inlay* versus *onlay*, lateralização da glenosfera, ângulo colo-diáfise, inclinação, entre outras) e suas respectivas influências nos resultados funcionais,[2,3] torna-se crucial compreender de maneira detalhada o tipo específico de implante utilizado no estudo em análise. A identificação precisa da prótese utilizada é fundamental para replicar os resultados, permitindo uma avaliação mais precisa da eficácia da técnica aplicada.

A reinserção ou não do tendão subescapular na ATR é um fator amplamente discutido e que tem impactos significativos, principalmente no que se refere à amplitude de movimento. A elucidação desses dados no artigo fornecerá aos leitores uma base sólida para avaliar as metodologias e os resultados do estudo.[4]

Quanto ao processo de reabilitação, faltam informações precisas sobre qual protocolo foi adotado no pós-operatório, bem como o período de imobilização com tipoia, qual tipo de tipoia foi utilizado e o momento de início da reabilitação fisioterapêutica. Os protocolos de reabilitação após a ATR são frequentemente discutidos e têm um impacto significativo no grau de mobilidade final.[5]

Cronologia

O estudo, desenvolvido no Departamento de Cirurgia Ortopédica, Icahn School of Medicine at Mount Sinai, em Nova York, Estados Unidos, menciona que foram incluídos pacientes submetidos à ATR desde 1987. No entanto, tal procedimento foi aprovado pela *Food and Drug Administration*

recebido
09 de julho de 2024
aceito
02 de outubro de 2024

DOI https://doi.org/10.1055/s-0044-1800943.
ISSN 0102-3616.

© 2025. The Author(s).
This is an open access article published by Thieme under the terms of the Creative Commons Attribution 4.0 International License, permitting copying and reproduction so long as the original work is given appropriate credit (https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

Thieme Revinter Publicações Ltda., Rua do Matoso 170, Rio de Janeiro, RJ, CEP 20270-135, Brazil

16 anos depois, em novembro de 2003 (Delta Shoulder K021478; DePuy Inc., Raynham, MA, EUA).[6] Acredito que esclarecer essa discrepância cronológica é essencial para uma compreensão adequada da metodologia do estudo.

A amplitude de movimento – o aspecto mais importante do estudo em questão – foi medida e dividida entre pré- e pós-operatória. No entanto, o estudo não deixa claro em que ponto a medição pós-operatória foi feita. A determinação precisa desse intervalo é crucial, pois influencia diretamente a interpretação dos resultados e a validade do estudo.

O escore do Simple Shoulder Test (SST) foi aplicado para avaliação pré- e pós-operatória dos pacientes. Entretanto, há uma lacuna metodológica quanto à coleta de dados de pacientes submetidos à cirurgia antes de 1993, ano em que o SST foi formalmente descrito.[7]

Em suma, é imprescindível ressaltar que o aprofundamento detalhado das informações apresentadas é fundamental, tendo em vista a relevância substancial dos achados relatados neste estudo e o significativo potencial de impacto desta publicação no campo científico.

Conflito de Interesses

O autor não tem conflitos de interesse a declarar.

Referências

1 Patel AV, White CA, Li T, Parsons BO, Flatow EL, Cagle PJ. Glenosphere Size Does Not Matter in Reverse Total Shoulder Arthroplasty. Rev Bras Ortop 2024;59(02):e254–e259

2 Larose G, Fisher ND, Gambhir N, et al. Inlay versus onlay humeral design for reverse shoulder arthroplasty: a systematic review and meta-analysis. J Shoulder Elbow Surg 2022;31(11): 2410–2420

3 Sheth U, Saltzman M. Reverse total shoulder arthroplasty: Implant design considerations. Curr Rev Musculoskelet Med 2019;12(04):554–561

4 Ameziane Y, Holschen M, Engel NM, Schorn D, Witt KA, Steinbeck J. Does the subscapularis repair affect the clinical outcome after primary reverse shoulder arthroplasty? J Shoulder Elbow Surg 2024;33(09):1909–1917

5 Howard MC, Trasolini NA, Waterman BR. Optimizing outcomes after reverse total shoulder arthroplasty: Rehabilitation, expected outcomes, and maximizing return to activities. Curr Rev Musculoskelet Med 2023;16(04):145–153

6 Food and drug administration. Delta shoulder. DePuy 510 (k) K021478, summary 2003. Available from: https://www.accessdata.fda.gov/cdrh_docs/ pdf2/k021478.pdf

7 Lippitt SB, Harryman DT, Matsen FA. A practical tool for evaluating function: The simple shoulder test. In: The Shoulder: A Balance of Mobility and Stability; Matsen, American Academy of Orthopaedic Surgery: Rosemont, IL, USA; 1993:501–518